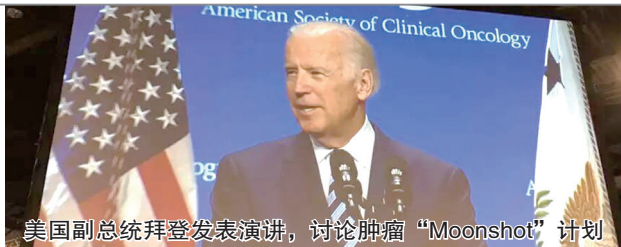
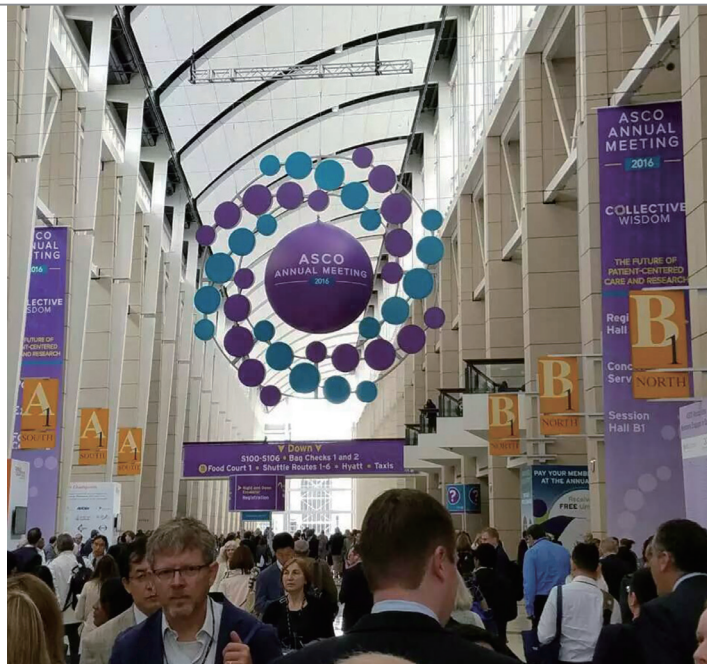




ASCO 现任主席 Julie Vose 致开幕辞



美国副总统拜登发表演讲，讨论肿瘤“Moonshot”计划



6月3-7日，第52届美国临床肿瘤学会（ASCO）年会在芝加哥召开。大会共设23个大型专题，展出2300多项研究。全世界3万余名相关人员参加了本次会议。会议主题为“凝聚智慧”，旨在集中临床医生、基础研究人员、药企等的共同智慧，探索肿瘤治疗新模式，为更多肿瘤患者治疗带来转机。

第52届 ASCO 年会在芝加哥召开 凝聚智慧 以患者为本

▲ 特约记者 程熠 本报记者 赵佩 于伟

4 大突破性研究结果

IBA1 绝经后激素受体阳性乳腺癌患者 延长使用芳香化酶抑制剂可改善无病生存

绝经后激素受体阳性的早期乳腺癌患者，将芳香化酶抑制剂（AI）使用时间从5年延长到10年，能显著延长患者的无病生存（DFS）。

Paul E.Goss 教授报道了 MA.17R 试验的结果，患者入组时已接受5年 AI 或 TAM 序贯 AI 治疗，被随机分入来曲唑组和安慰剂组，前者接受了4.5~6年药物治疗。5年 DFS 来曲唑组和安慰剂组分别为95% 和 91%（ $P=0.01$ ）。亚组分析显示为淋巴结阳性患者显著获益，而淋巴结阴性患者并未改善。两组之间 OS 无显著差异。来曲唑组年化对侧乳腺癌发病率显著优于安慰剂组（0.21% 与 0.49%）。两

组之间生活质量评分无显著性差异，但来曲唑组骨折发生率（14% 与 9%）和新发骨质疏松率更高（11% 与 6%）。

Goss 教授指出，这是首个显示 AI 辅助治疗超过

5年能带来获益的临床研究，但骨健康应成为采取这一措施的重要风险获益比考虑因素。AI 已在全球得到广泛应用，因此本研究成果能为许多乳腺癌女性带来获益。

总体生存未获益 成为新治疗方法有待验证

Ian E.Smith 教授指出，考虑到骨相关毒性总体发生率不高，不应过度强调。两组之间的远处复发率相差仅为1.1%，而对侧乳腺癌复发在其中占重要的地位，同时对侧乳腺癌复发率在 DFS 的差异中也占据了重要地位。既然总体生存率没有得到获益，很难得出结论说延长 AI 内分泌治疗能成为一种新的治疗

方法。尽管如此，如果患者能够耐受 AI 治疗的早期不良反应，他或许会根据该研究数据告诉患者，可以考虑继续使用 AI 药物进行治疗。

ASCO 价值评估 这一干预措施从公共卫生的角度出发是低价值，主要归因于骨质疏松和骨折发生后的相关医疗费用。相比之下，坚持原来的5年用药方法可能更好。

IBA3 高危神经母细胞瘤患儿 串联式自体干细胞移植可改善无事件生存

与单次自体干细胞移植（ASCT）相比，串联式 ASCT 一直能改善高危神经母细胞瘤患儿的无事件生存（EFS），且严重不良反应并未增加，此外，串联式 ASCT 在后续抗 GD2 免疫治疗中获益更加明显。

Julie R. Park 教授回顾了该研究，患儿接受6周期的诱导化疗，然后接受手术，之后患者随机分入单次 ASCT 组（卡铂/依托泊苷）和串联式 ASCT 组（环磷酰胺/塞替啶序贯改良卡铂/依托泊苷/马法兰）。所有患者接受原发肿瘤部位放疗。MYCN 无扩增的 III~IV 期患者非随机地分配入单次 ASCT 组。近 70% 的患者能够完成诱导治疗和巩固治疗并进入下一项临床试验，评估异维 A 酸

单药对比异维 A 酸加用 Dinutuximab 和细胞因子进行巩固后免疫治疗的疗效。

随机后第3年，串联式 ASCT 组显示了 EFS 获益，分别为（ $61.4 \pm 3.7\%$ ）和（ $48.4 \pm 3.8\%$ ）达到了本次临床试验的主要研究终点。但两组间 OS 无显著差异，串联式 ASCT 组和单次 ASCT 组分别为（ $74.0 \pm 3.4\%$ ）和（ $69.1 \pm 3.5\%$ ）。

两组间3级及以上非血液学不良反应发生率相似。

串联式 ASCT 组的临床获益在后续免疫治疗期间持续存在。对于这一部分患者，进入免疫治疗临床试验后，串联式 ASCT 组和单次 ASCT 组3年 EFS 分别为（ $73.7 \pm 4.2\%$ ）和（ $56.0 \pm 4.4\%$ ）；3年 OS 分别为（ $83.7 \pm 3.5\%$ ）和（ $74.4 \pm 3.9\%$ ）。

串联式 ASCT 具提高神经母细胞瘤患儿治愈率潜力

Dominique Valteau-Couanet 教授将这一研究称之为“巨大的进步”，它为今后高危神经母细胞瘤患儿接受强化巩固治疗提供了有力的证据。她指出这一研究为治疗决策中的每一步——诱导期，巩固期，维持期——提供了新的建议。

ASCO 价值评估 神经母细胞瘤主要发生在幼儿期，发病率相当低（全球每年少于1万例），串联式 ASCT 具有提高该部分患儿治愈率的潜力，因此是高价值的。高收入国家和中等收入国家都可考虑采用这种治疗方式。

IBA2 老年胶质母细胞瘤 放疗联合替莫唑胺改善患者总体生存

放疗基础上同步和辅助使用替莫唑胺（TMZ）可延长新诊断的老年胶质母细胞瘤患者的总体生存和无进展生存。

James R.Perry 教授介绍，本实验中采取的放疗方式为大分割 40 Gy/15F，放疗联合替莫唑胺组（RT+TMZ）同步使用3周的 TMZ 和每月 TMZ 维持治疗至疾病进展或12个周期完成。RT+TMZ 组和放疗组（RT）相比，中位 OS 和 PFS 显著延长，1年生存率分别为37.8% 和 22.2%，2年生存率分别为10.4% 和 2.8%。对于有 MGMT 甲基化的患者，TMZ 改善更为明显（中位 OS 分别为13.5m 和 7.7m）；对于没有 MGMT 甲基化的

患者，TMZ 也能带来获益（中位 OS 分别为10.0m 和 7.9m）。两组患者生活质量一致，但 RT+TMZ 组恶心、呕吐、便秘发生率更高。

Perry 教授指出，患者

很容易完成治疗对老年患者来说十分重要，他们通常行动不便或远离医疗中心。该研究为新诊断的老年胶质母细胞瘤患者提供放疗联合治疗提供了证据支持。

未采取最标准的放疗模式是否会导致治疗不足？

Stuart A. Grossman 教授指出，这项研究与标准放疗模式（DT 60 Gy/6w）相比，放疗剂量和 TMZ 剂量均降低50%，是否会导致治疗不足？他同时指出，MGMT 甲基化状态是治疗决策中的关键，如果老年患者有 MGMT 甲基化，使用 TMZ 治疗应当得到强调。他还指出，没必要因为中位发病年龄是64岁，而将65岁及以上患者作为

胶质母细胞瘤的一个亚群。随着老龄化进程，这些人会成为患者中的主要人群。

ASCO 价值评估 从公共卫生政策角度，TMZ 对于胶质母细胞瘤治疗是中等价值。如无特定突变，TMZ 则是低价值。TMZ 已经成为治疗的一种选择，每月花费约400~4000美元，对于中等收入国家，这可能是不可行的，但对于高收入国家可行。

IBA4 多发性骨髓瘤 联合使用 Daratumumab 治疗方案能改善预后

硼替佐米+地塞米松基础上联合使用 Daratumumab（DVD 方案）能够改善复发或难治性多发性骨髓瘤患者（RRMM）的预后，使疾病进展或死亡风险下降61%。与硼替佐米+地塞米松治疗方案（VD 方案）相比，DVD 方案高部分缓解率（VGPR）和完全缓解率（CR）提高1倍，且不增加剂量累积性毒性。

Palumbo 教授提供了该试验的中期分析，中位随访7.4个月，DVD 组和 VD 组1年 PFS 分别为60.7% 和 26.9%。DVD 组未达到中位 PFS，VD 组中位 PFS 为7.2个月。DVD 组

和 VD 组1年 TTP 分别为65.4% 和 28.8%，ORR 分别为83% 和 63%。最常见的治疗诱发的不良事件包括血小板减少，外周感觉神经异常，

腹泻，贫血，上呼吸道感染，咳嗽。使用 Daratumumab 的患者，45% 发生输注相关反应，多数发生在第1次板减少，为1~3级。

靶向治疗带来新希望 但费用增加

Paul G. Richardson 教授称这项研究“极其出色，能够改变临床实践，新一代的分子靶向治疗使我们相信能够改善患者预后”。

ASCO 价值评估 三药治疗方案带来 PFS 的巨大获益，并且极有可能转化为 OS 获益，因

此是高价值的。但是，Daratumumab 将增加额外的每月1万多美元的花费，将对个人经济带来严重挑战。多发性骨髓瘤发病率高（全球每年125 000例），这为公共卫生政策带来严重的挑战。高收入国家和中等收入国家都可以考虑采用这种治疗方式。

（下转第24版）